



Escola Superior de Altos Estudos

RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM A VIDA E SINTOMAS ANSIOSOS EM IDOSOS

Marina Isabel Alves Seça

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Ramo
Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, Junho de 2011

RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM A VIDA E SINTOMAS ANSIOSOS EM IDOSOS

Marina Isabel Alves Seica

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre em Psicoterapia e
Psicologia Clínica

Orientação: Professor Doutor Michael Knoch

Co-Orientação: Professora Doutora Helena Espírito Santo

Coimbra, Junho de 2011

Agradecimentos

Com a finalização deste trabalho acaba uma etapa importante da minha vida, é o completar de um sonho, que na qual muitas pessoas estiveram presentes.

Quero agradecer ao Professor Michael Knoch, pela paciência, dedicação e pelo esforço que teve para me orientar nesta investigação.

À Professora Helena Espírito Santo pela sua dedicação, empenho e ensinamentos, pois sem ela esta investigação não teria sido possível.

Aos meus pais e irmã, agradeço todo o amor, carinho, cuidados, esforço e disponibilidade, que sempre demonstraram.

Ao meu namorado, pela força inesgotável, amor, carinho que demonstrou ao longo desta etapa e deste ano.

Aos meus avós, tios e primos que me ajudaram, principalmente neste ano tão complicado, obrigado pela ajuda e pela paciência.

Aos meus amigos e colegas de curso, que também contribuíram para a conquista deste sonho. Aqueles que sempre acreditaram em mim e que sempre estiveram comigo nos bons e maus momentos. Que me souberam confortar nos momentos de angústia. Aos que tinham a palavra certa no momento certo e nunca me deixaram desistir. Em especial à Mónica, pelo encorajamento, ajuda e dedicação nesta recta final.

Agradeço às instituições e aos idosos que participaram neste estudo, pela sua colaboração e disponibilidade.

E a todos aqueles que directa ou indirectamente estiveram envolvidos nesta investigação...

A todos muito obrigada!

Resumo

Contexto: Sabe-se que os idosos que vivem sob resposta social sentem-se mais insatisfeitos, devido ao afastamento do seu meio social, e a um dia-a-dia mais monótono. Sabe-se também que a ansiedade diminui, porque seu dia-a-dia se tornou menos agitado. Em Portugal existem alguns estudos sobre a satisfação com a vida, mas é ainda escassa a investigação da relação entre satisfação com a vida e os sintomas ansiosos em idosos sob resposta social.

Objectivos: O nosso estudo teve como objectivo verificar se existe relação entre satisfação com a vida, sintomas ansiosos em idosos sob resposta social. Foi igualmente nosso objectivo verificar a prevalência da satisfação com a vida, a prevalência dos sintomas ansiosos, em idosos que frequentam centros de dia e idosos que residem em lares, assim como verificar se existe relação entre os idosos que dizem que praticam e os que dizem que não praticam exercício físico.

Metodologia: A nossa amostra ficou constituída por 60 idosos. Dividimos a nossa amostra em duas subamostras constituídas por idosos que frequentavam o centro de dia ($n = 47$), e idosos que residiam em lares ($n = 13$), destes idosos 58,3 % referiu que não praticava exercício e 35% disse que praticava exercício físico. Para avaliarmos os idosos utilizámos a *Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)*, o *Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)*, o *Older Americans Resources and Services Program (OARS)* e o *Rey 15-item*.

Resultados: A nossa amostra é constituída por idosos, com uma média de idades de 78,16 anos ($DP = 6,78$), compreendidas entre os 65 e 95 anos. Dos 60 idosos, dez não possuem grau de escolaridade, 31 tem uma escolaridade inferior a quatro anos e só quatro idosos têm uma escolaridade superior a quatro anos. Quanto aos sintomas ansiosos, os idosos do nosso estudo revelaram uma média superior à encontrada em estudos anteriores. Quanto à satisfação com a vida, estes idosos apresentam pontuações baixas não existem ainda valores no SWLS em idosos. A correlação entre a satisfação com a vida e os sintomas ansiosos, não foi significativa.

Conclusão: Na amostra de idosos sob resposta social podemos verificar uma grande prevalência de sintomas ansiosos.

Palavras-Chave: Idoso, Satisfação com a vida, sintomas ansiosos, resposta social e exercício físico.

Abstract

Context: It is known that elderly people living in social response feel more dissatisfied, because of the distance from their social environment, and a monotonous day-to-day. It is also known that anxiety decreases, because their day-to-day became less agitated. In Portugal there are a few studies on life satisfaction, but the investigation of the relationship between life satisfaction and anxiety symptoms in the elderly in social response is still scarce.

Objectives: Our study aimed to determine whether a relationship exists between life satisfaction and anxiety in the elderly in social response. Our aim was also to determine the prevalence of life satisfaction together with anxiety symptoms in elderly patients attending day care centers and elderly who reside in nursing homes, as well as check if there are relationships among the elderly who say that practice and those who say they do not practice exercise.

Methodology: Our sample consists of 60 seniors. We divided our sample into two subsamples consisting of elderly people attending day care ($n = 47$), and elderly living in nursing homes ($n = 13$), 58.3% of this group says that do not practice exercise and 35% practice exercise. In order to evaluate the elderly we used the *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*, the *Geriatric Anxiety Inventory (GAI)*, *Older Americans Resources and Services Program* and the *Rey15-item* inventory.

Results: Our sample consists of elderly, with a mean age of 78,16 years ($SD = 6,75$), between 65 and 95 years old. Ten of the 60 seniors have no school education, 31 have less than four years of school education and only four seniors have school education higher than four years. The anxiety symptoms had a higher average than what was found in previous studies. In what concerns life satisfaction the elderly from our study show low results, to the moment there are no results for SWLS test on the elderly. The correlation between life satisfaction and anxiety symptoms was not significant.

Conclusion: In the sample of the elderly from social response it is observed a high prevalence of anxiety symptoms.

Keywords: Elderly, satisfaction with life, anxiety symptoms, social response and physical exercise.

Índice

Índice.....	I
Índice de Quadros.....	II
Introdução.....	3
<i>A satisfação com a vida e a ansiedade nos idosos</i>	3
<i>Idosos sobre resposta social</i>	5
<i>Objectivos</i>	6
Metodologia	7
<i>Desenho do Estudo</i>	7
<i>Participantes</i>	8
<i>Procedimentos</i>	9
<i>Instrumentos</i>	10
<i>Análise Estatística</i>	13
Resultados	14
Discussão e Conclusão	17
Referências Bibliográficas.....	21

Índice de Quadros

Quadro 1: <i>Caracterização de uma Amostra de Idosos da Região de Coimbra (N = 60).</i>	9
Quadro 2: <i>Diferenças das Pontuações Médias nos Dois Grupos (Centro de Dia =47, Lar de Idosos=13) no Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), na Satisfação com a Vida (SWLS) e no Rey-15 Item.</i>	14
Quadro 3: <i>Frequência dos Sintomas Ansiosos e da Satisfação com a Vida nos Idosos Sob Resposta Social.</i>	15
Quadro 4: <i>Diferenças das Pontuações Médias nos Dois Grupos (Não faz exercício físico = 35, faz exercício físico = 21) no Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), na Satisfação com a Vida (SWLS) e no Rey-15 Item..</i>	15
Quadro 5: <i>Frequência dos Sintomas Ansiosos e da Satisfação com a Vida nos idosos e a Prática de Exercício Físico</i>	16
Quadro 6: <i>Correlações entre Sintomas Ansiosos (GAI) e Satisfação com a Vida (SWLS) (N=60)</i>	16

Introdução

A satisfação com a vida e a ansiedade nos idosos

O envelhecimento da população portuguesa e o aumento da esperança média de vida são factos incontestáveis. A evolução das técnicas de medicina, contribuiu inevitavelmente para esta realidade.

O envelhecimento é caracterizado por um conjunto de transformações que o organismo comporta, em função do desenvolvimento. “O envelhecimento e o desenvolvimento são conjuntos de fenómenos dinâmicos que evocam transformação do organismo, de natureza biológica ou psicológica em função do tempo” (Fontaine, 2000, p. 15).

Por vezes, o envelhecimento é confundido com velhice. Todavia, este último, representa um grupo de indivíduos com mais de 70 anos. Já o conceito de envelhecimento, exprime um processo de metamorfose (Fontaine, 2000).

Para um envelhecimento bem sucedido, é crucial que os idosos se sintam satisfeitos com a sua vida. Porém, a *satisfação com a vida* é um termo difícil de definir; é muito subjectivo e depende de diversos factores, tais como a cultura ou as experiências de vida, porque o que é bem-estar/felicidade para um, para o outro já não é (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Joia, Ruiz, & Donalisio, 2007). Segundo Diener (1984), a felicidade é uma grande motivação para que o indivíduo se encontre satisfeito com a vida.

O indivíduo quando começa a envelhecer começa a ter a noção que a sua saúde mental e física está a diminuir. Mas isso também depende da forma como este vai conseguir encarar a sua entrada na velhice. Pode tornar-se num idoso activo e feliz ou num idoso inapto e infeliz. Existem várias condicionantes que podem impedir a satisfação com a vida, nomeadamente, a limitação ou perda da autonomia, agregada a exíguas condições económicas, sociais, pessoais, médicas, entre outras (Albuquerque et al., 2004; Efklides, 2003; Paúl, Fonseca, Martin, & Amado, 2003, 2005; Tooth, et al., 2008; Westaway, Olorunju, & Rai, 2007).

Estudos feitos na fundação MacArthur (1984, 1998) mostram que para que o indivíduo envelheça com qualidade de vida e conseqüentemente, consiga sentir-se satisfeito com a vida, deve manter-se activo e envolvido com a vida (citado em Fonseca, 2004). De acordo com Paúl e outros (2003, 2005), para que a adaptação à velhice se faça da melhor forma, o indivíduo deve participar em actividades de cultura e/ou lazer, para que sua vida seja encarada de forma mais positiva.

Os sintomas ansiosos acompanham os seres humanos ao longo das suas vidas, ajudando-os nos momentos em que se sentem ameaçados, actuando como mecanismos de defesa (Haggstram, 2003). Quando entramos na idade adulta e, posteriormente na velhice, estes sintomas tendem a persistir cada vez mais. É nesta fase que começam a surgir os medos (solidão, separação, abandono, luto e morte) as aflições, sensação de insegurança e até mesmo o pânico se os sintomas ansiosos persistirem. Deste modo, existem dois tipos de ansiedade, a patológica e a normal. Esta última pode vir a tornar-se patológica sempre que os sintomas ansiosos prejudiquem o funcionamento quotidiano do indivíduo (Abrahão & Grinberg, 1994; Haggstram, 2003; Terra, Silva, & Schimidt, 2007).

A ansiedade manifesta-se através de taquicardia, sudorese, dispneia, boca seca, agitação, insónias, dificuldade de concentração, alterações de memória, entre outras (Abrahão et al., 1994; Haggstram, 2003; Terra et al., 2007). Com o avançar da idade os idosos começam a ficar mais vulneráveis e têm dificuldade em confrontar situações que experienciam como ameaçadoras e que potencializem os sintomas ansiosos (Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006).

Se conseguirmos que o idoso tenha os sintomas de ansiedade controlados ajudamo-lo a que tenha maior independência e autonomia. Se o indivíduo tiver qualidade de vida, aumenta a probabilidade de se sentir satisfeito com a vida.

Segundo Joia et al., (2007), a satisfação com a vida é influenciada pela prática de actividades lúdicas, tais como o exercício físico. Ao manter a *actividade física* com alguma regularidade durante a vida, o indivíduo na velhice vai conseguir com mais destreza sentir-se satisfeito com a vida. Para Borgan e Cardoso (1981 e 1992), a prática de exercício físico ajuda o sujeito a ter uma maior participação na vida social e proporciona-lhe bem-estar. Por outro lado, segundo Martin-Neto (1995), os

indivíduos que fazem exercício físico mantêm-se mais calmos e relaxados por mais tempo, ajudando-os a baixar os sintomas ansiosos (Cheik, Reis, Ventura, Tufik, Antunes, & Mello, 2003; Oliveira et al., 2006; Terra et al., 2007).

Idosos sobre resposta social

Para muitos idosos, a sua vida altera-se drasticamente, com a perda do cônjuge, da autonomia e/ou da saúde. Muitos ainda perdem a sua casa, a comunidade e os amigos, quando lhes resta somente uma resposta social na forma de um lar ou centro de dia para obterem os cuidados necessários.

Muitas a vezes a tomada de decisão de *ir para o Lar* pode ser encarada de diferentes formas: se por um lado o idoso vai ter mais companhia e possivelmente a solidão diminui, por outro, a ideia de mudar para instituições, leva o indivíduo a pressentir a sua vida a chegar ao fim. É nesta fase que começa a sentir-se inútil e as doenças físicas ou psicológicas começam a evidenciar-se de forma significativa. Nos lares, os idosos percebem a sua vida como mais restrita e menos autónoma. Por outro lado, quando ainda têm capacidades, e/ou quem os ajude em casa durante a noite, acabam por preferir ir para um centro de dia, regressando a casa ao fim da tarde, para o conforto das suas casas e para junto dos seus vizinhos, amigos e familiares. Assim, indivíduo possui ainda o sentimento de alguma autonomia (Júnior & Tavares, 2005).

Muitos idosos são resistentes na mudança. A entrada para um lar ou centro de dia, é percebido como sinónimo de perda ou afastamento dos seus amigos, familiares e da sua residência. O facto de o idoso se sentir dependente de um outro, pode contribuir para o aumento de sintomas ansiosos (Júnior & Tavares, 2005).

Para que a opinião dos idosos sobre as instituições mudasse seria importante a promoção de actividades lúdicas/lazer nestes locais. Os idosos poderiam ocupar o seu dia-a-dia com dinamismo, indo ao encontro dos seus gostos pessoais, onde poderiam surgir trocas de experiência e entre ajuda. Ao sentirem que podiam ultrapassar dificuldades, a sua satisfação com a vida podia ser aumentada, sendo o papel da instituição importante para a promoção de saúde e bem-estar. Se o

indivíduo se sentir capaz e útil, a sua satisfação com a vida melhora e os níveis de sintomas ansiosos baixam (Júnior et al., 2005).

Estudos feitos no Brasil, mostram que os idosos que residiam em lares apresentavam valores de ansiedade mais elevados que os idosos que frequentavam o centro de dia. Neste estudo também se verificou que os idosos que praticavam exercício físico tinham uma maior satisfação com a vida o que proporcionaria uma melhor condição mental e física. Os idosos que tinham níveis de ansiedade mais elevados eram os que tinham uma menor satisfação com a vida (Oliveira et al., 2006).

Estudos feitos em Portugal por Paúl (1997) verificaram que os idosos que viviam em lares se sentiam mais insatisfeitos, porque estavam afastados do seu meio social, tendo um dia-a-dia mais monótono, mas também uma menor ansiedade, porque seu dia-a-dia se tornou menos agitado. Já os que vivem na sua residência sentem-se mais satisfeitos. Por outro lado, o bem-estar é reduzido, porque se sentem sós e sem apoio adequado na realização de tarefas de rotina (citado em Fonseca, 2004).

Objectivos

Apesar de em Portugal já existirem alguns estudos sobre a satisfação com a vida, ainda é escassa a sua ligação com os sintomas ansiosos em idosos sob resposta social. Temos como objectivo inicial averiguar a interdependência entre os sintomas ansiosos e a insatisfação com a vida na nossa amostra.

Posteriormente iremos verificar se os sintomas ansiosos, medidos através do GAI, e a satisfação com a vida, medida através do SWLS, diferem nos indivíduos sob resposta social distinta e entre aqueles que fazem e os que não fazem exercício físico.

Metodologia

Desenho do Estudo

O nosso estudo faz parte de um projecto de investigação, do Instituto Superior Miguel Torga, *“Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência”*, que decorreu durante este ano lectivo (2010/2011), tendo como objectivo o rastreio cognitivo e a avaliação dos idosos que se encontram sob resposta social no concelho de Coimbra.

Cada idoso voluntário, depois de ter dado consentimento (*ou alguém responsável por ele*) era avaliado com uma bateria de testes dividida em três sessões e administrada por três estudantes separadamente.

Na primeira sessão eram aplicados o *Mini Exame do Estado Mental (MMSE)*, o *Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)*, a *Escala Geriátrica da Depressão (GDS)*, a *Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)* e a *Lista de Afectos Positivos e Negativos (PANAS)*.

A segunda sessão, administrada por estudantes do primeiro ano, incluía o *Avaliação Cognitiva Montreal (MOCA)*, a *Figura Complexa de Rey*, *três testes de Fluência Verbal*, *teste Stroop*, *Rey 15-item* e *Teste do troco e do dinheiro*.

Na terceira sessão, aplicada por estudantes do segundo ano, foi aplicado o teste OARS, a este inventário foi adicionado um questionário que avalia a saúde física do idoso.

As duas primeiras sessões eram acompanhadas por um mestrando que monitorizava e apoiava a administração de forma a corrigir eventuais erros.

Os estudantes¹ iniciaram as suas investigações após o contacto e o estabelecimento de protocolos de parceria com as instituições².

¹ Estes estudantes tiveram acções de formação e treino prático na administração dos testes.

² As instituições foram contactadas, inicialmente, por carta com descrição detalhada do estudo.

Participantes

A população-alvo do nosso estudo consistiu nos idosos residentes em lares e centro de dia na região de Coimbra (Quadro 1). A amostra total ficou com 60 idosos, avaliados com o OARS sendo 10 (16,7%) do sexo masculino e 50 (83,3%) do sexo feminino. Os idosos inquiridos frequentavam/viviam na “Casa de Repouso de Coimbra” ($n = 2$; 3,3%), “Cáritas Diocesanas de Coimbra” ($n = 44$; 73,3%), “Centro Social de Souselas” ($n = 1$; 1,7%), “Centro Social São José” ($n = 1$; 1,7%), “Centro Operatório Católico da Conchada” ($n = 10$; 16,7%), “Santa Casa da Misericórdia de São Martinho do Bispo” ($n = 1$; 1,7%), “Centro Paroquial São Martinho” ($n = 1$; 1,7%).

Dividimos a nossa amostra total em duas subamostras constituídas por idosos que frequentavam o centro de dia ($n = 47$), e idosos que residiam, em lares ($n = 13$). Os idosos inquiridos tinham uma idade média de 78,16 anos com uma idade mínima de 65 anos e uma idade máxima de 95 anos. Dos 60 idosos, dez (22,2%) não possuem grau de escolaridade, 31 (68,9%) têm uma escolaridade inferior a quatro anos³ e quatro idosos (8,9%) tem uma escolaridade superior a quatro anos. Trinta e cinco idosos diz que não faz exercício físico (58,3%) e 35% dizem que fazem exercício físico.

Desta amostra excluimos quatro idosos que não responderam à pergunta “faz algum tipo exercício físico?” e 15 idosos que não foram incluídos em algumas análises, porque não foram avaliados com o GAI e/ou com o SWLS.

³ Na altura a escola obrigatória era de três anos

Quadro 1

Caracterização de uma Amostra de Idosos da Região de Coimbra (N = 60)

	Total (N = 60)				Lar de Idosos (n = 13)				Centro de Dia (n = 47)				t ²	p
	N	%	M	DP	N	%	M	DP	N	%	M	DP		
Idade			78,16	6,78			76,27	8,765			78,61	6,11	1,043	0,301
Género													—§	
Masculino	10	16,7			2	15,4			8	17				
Feminino	50	83,3			11	84,6			39	83				
Escolaridade													—§	
Analfabetos	10	22,2			0	0			10	27,8				
≤ 4 anos	31	68,9			7	77,8			24	66,7				
> 4 anos	4	8,9			2	22,2			2	5,6				
Faz exercício físico*													—§	
Sim	21	35			3	23,1			18	38,3				
Não	35	58,3			9	69,2			26	55,3				

Nota: M = média; DP = desvio padrão

*houve 3 idosos que não responderam na amostra centro de dia e um que não respondeu na amostra Lar de idosos, devido a um erro do avaliador

§ O Qui-quadrado não foi calculado, pois o número de células com frequência esperada < 1 era superior a 20%

Procedimentos

A presente investigação do Instituto Superior Miguel Torga, tem a duração de três anos. A amostra foi recolhida entre Novembro de 2010 e Maio de 2011. A participação dos idosos foi voluntária e informada verbalmente, garantindo sempre a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, pelo que todos os idosos assinavam um consentimento informado. Os idosos foram inquiridos nos locais onde estavam institucionalizados centro de dia e/ou lar.

Para a recolha dos dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e quatro instrumentos: O SWLS, o GAI, o OARS e o Rey 15-item. Explicámos que os instrumentos tinham a finalidade apenas de investigação.

Instrumentos

A *Escala de Satisfação com a vida* (*Satisfaction With Life Scale*, ou, SWLS, Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Versão Portuguesa: Simões, 1992), é um dos instrumentos psicometricamente mais válidos e potencialmente mais úteis, de todos os instrumentos do género. Foi elaborada por Diener e colaboradores (1985), a partir de um conjunto de 48 itens, sendo reduzida posteriormente para 5, mas com valores de fidelidade e validade aceitáveis. A SWLS, foi validada em Portugal, pela primeira vez por Neto e outros (1990), onde foram questionados 308 professores do ensino básico e secundário, que tinham uma experiência de ensino de 16 anos e de idade média de 38,8 anos. Verificou-se um alfa de Cronbach de 0,78 e bons índices de validade, assim como correlações significativas com a eficácia, a aceitação/rejeição pessoal, a auto-eficácia, o auto-conceito total, a maturidade psicológica e a ansiedade social (Diener et al., 1985). Em 1992 foi aplicada novamente por Simões, que fez algumas achegas nomeadamente na tradução, para que o conteúdo fosse mais compreensível, por parte de todos os elementos da sociedade e também foram reduzidas de sete para cinco o número de alternativas de resposta. Nesta investigação participaram 74 alunos divididos pelo terceiro ano do Curso de Psicologia, pelo segundo ano do Curso de Ciências de Educação e pelo Mestrado em Ciências da educação da Universidade de Coimbra. Também fizeram parte da investigação 130 adultos, de várias idades e diferentes categorias profissionais, sendo que a grande parte dos indivíduos pertencia à classe média ou média superior (Simões, 1992). A SWLS é então constituída por 5 itens, avaliados numa escala tipo *Likert*. Na versão original, o questionário tinha 7 alternativas de resposta à escolha, com a adaptação de Simões (1992), esta escala passou a ter 5 alternativas de resposta: *discordo muito* (1), *discordo um pouco* (2), *não concordo, nem discordo* (3), *concordo um pouco* (4) e *concordo muito* (5). O resultado do questionário varia entre um mínimo de 5 e um máximo de 25 pontos, correspondendo a maior pontuação a maior a satisfação com a vida (Simões, 1992). Mesmo com a mudança de alternativas de respostas para cinco, a SWLS, apresenta resultados semelhantes aos de Neto e outros (1990), os índices de satisfação são mais elevados, porque as medidas apresentadas por Simões (1992),

mostram de forma mais directa o bem-estar subjectivo (Simões, 1992). No nosso estudo estabelecemos um ponto de corte para distinguirmos os idosos *insatisfeitos* dos idosos *satisfeitos*; assim sendo usamos a média somada ao desvio padrão, onde os que têm resultados altos correspondiam aos satisfeitos e os que têm resultados baixos aos insatisfeitos.

O *Inventário de Ansiedade Geriátrica* (GAI; Pachana et al., 2006) é um questionário de auto-resposta composto por 20 itens de forma a ser mais breve e diminuir o cansaço dos inquiridos. O GAI tem como opção de resposta uma escala dicotómica que varia em *Concordo* e *Discordo*, referindo-se à última semana. A cotação máxima corresponde a 20 pontos e a mínima a zero, pois por cada resposta respondida como *Concordo* vale um ponto. Esta escala é acessível a todos os níveis educacionais e a indivíduos com comprometimento cognitivo leve. Este instrumento é unicamente utilizado para medir os sintomas ansiosos nos idosos. A pontuação média de uma amostra psiquiátrica foi de 5,22 ($DP = 5,83$), indivíduos que com problemas de ansiedade tiveram uma pontuação média de 10,64 ($DP = 5,87$), enquanto os sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada tiveram uma média de 10,75 ($DP = 6,27$). Com um ponto de corte de 10/11 (Pachana et al., 2006). Num estudo português recente, o ponto de corte para detectarmos sintomas ansiosos graves foi de 8/9 (Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011). Nesta investigação, o inventário revelou um alfa de Cronbach de 0,96, uma boa confiabilidade teste-reteste e uma validade concorrente razoável. No nosso estudo e com o objectivo de distinguir entre idosos com muitos sintomas ansiosos e com poucos sintomas ansiosos usámos a média somada ao desvio-padrão, colocando os que tiveram resultados altos na categoria dos com muitos sintomas e vice-versa.

O *Older Americans Resources and Services Program* (OARS), (Fillenbaum GG & Smyer MA, 1981 Versão Portuguesa: Rodrigues RMC., 2008), é dividido em duas partes: A parte A (*Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* - MFAQ) avalia cinco dimensões funcionais, permitindo classificar os sujeitos avaliados numa escala segundo as suas incapacidades em cada área. É constituída por 101 perguntas, destas 70 são dirigidas ao idoso, dez são sobre o idoso, mas respondidas por um informante e 14 sobre o idoso respondidas pelo entrevistador através da sua observação. Da questão 97 à 101

corresponde uma escala funcional, para determinar a incapacidade funcional do idoso (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2008). O MFAQ deriva de um modelo conceitual que inclui três elementos: (1) A avaliação da capacidade funcional, (2) A avaliação do uso e da necessidade de serviços e (3) A avaliação de implementação de serviços em função da capacidade funcional (Rodrigues, 2008). A escala apresenta um alfa de Cronbach para as cinco subescalas de avaliação funcional entre 0,64 e 0,91.

O OARS mede a prática de exercício físico com a questão “Faz algum tipo de exercício físico?”

Para avaliarmos se os idosos estavam a simular ou não, recorremos ao *Rey-15 Item Test* (15-IMT; Rey, 1964; Simões et al., 2010). O teste é composto por duas partes: a evocação e a de reconhecimento. A primeira é composta por 15 itens (três letras maiúsculas, três letras minúsculas, três números romanos, três números árabes e três símbolos) organizados em três colunas com cinco linhas. Inicialmente explica-se ao indivíduo que lhe vai ser mostrado um conjunto de itens durante dez segundos e ele tem de os memorizar, porque depois tem de os registar numa folha branca dada pelo administrador, assim que é retirada a folha de estímulos (Martin, 2002). Seguidamente é-lhes dada uma folha com 30 itens, 15 iguais aos da página de estimulação e outros 15 semelhantes que se encontram intercalados entre si (Boone et al., 2002). Este teste é apresentado como sendo uma tarefa de difícil realização, mas trata-se de uma tarefa muito fácil e simples de realizar (Boone et al., 2002; Simões et al., 2010). Os pontos de corte representativos e indicados pela literatura dizem respeito a menor que nove para o ensaio de evocação imediata e < 20 para o resultado combinado do ensaio de reconhecimento, que é calculado através do número de itens correctamente evocados + (número de itens correctamente reconhecidos - número de falsos positivos) (Simões et al., 2010). Simões e colaboradores (2010) propõem, no entanto, uma pontuação inferior a 6 na subescala evocação para idosos com declínio.

Análise Estatística

Para a análise estatística utilizámos o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0 para Windows XP; SPSS, Inc., 2011. No nosso estudo, as variáveis de critério foram os sintomas ansiosos medidos pelo GAI e a satisfação com a vida medida pelo SWLS.

Fizemos inicialmente, uma análise univariada com estudo das medidas de tendência central, dispersão e frequências. Para averiguarmos a normalidade das distribuições utilizámos o teste *Kolmogorov-Smirnov* e para depois tornarmos as decisões estatísticas apropriadas. Assim realizamos testes paramétricos, uma vez que pontuações totais apresentaram uma distribuição normal. No GAI (Curtose = 1,18; Simetria = 0,25; $KS = 0,134$; $p > 0,05$) e no SWLS (Curtose = 0,45; Simetria = 1,55; $KS = 0,105$; $p > 0,05$).

Comparámos os idosos que estavam em *lar* com os que frequentavam o *centro de dia* através das pontuações médias da *satisfação com a vida* e dos *sintomas ansiosos*. Para isso utilizámos o teste *t de Student* para amostras independentes⁴. Utilizamos o teste *t de Student* para uma amostra⁵ para avaliar se existe diferença estatisticamente significativa entre as pontuações médias do GAI e as médias obtidas nos estudos de validação do mesmo (*amostra psiquiátrica*: $M \pm DP = 5,22 \pm 5,83$; *amostra com perturbação ansiosa*: $M \pm DP = 10,64 \pm 5,87$; *amostra com perturbação de ansiedade generalizada*: $M \pm DP = 10,75 \pm 6,27$). Não o fizemos para as pontuações do SWLS, pois o estudo foi validado com uma amostra de estudantes universitários.

Depois utilizámos o Qui-quadrado da independência para analisar as proporções de idosos com muitos *sintomas ansiosos* e com *poucos sintomas ansiosos*, *insatisfeitos* e *satisfeitos* entre os tipos de *resposta social* e a prática de ou não de *exercício físico*.

Utilizamos o Ró de Pearson para medir a intensidade das relações entre as variáveis em estudo GAI e SWLS.

A significância estatística foi definida com um valor mínimo de $p < 0,05$.

⁴ O teste *t* é usado para comparar médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes, quando existe normalidade da distribuição (Martinez & Ferreira, 2007; Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. 2008)

⁵ O teste *t* é usado para aferir se uma amostra provém de uma população com uma dada média (Martinez et al., 2007 e Pestana et al., 2008)

Resultados

No Quadro 2 podemos observar as médias e os desvios-padrão dos vários instrumentos da nossa amostra entre as, subamostras definidas pela *resposta social*.

No GAI, a média total da nossa amostra foi de 11,20 ($DP = 6,26$), que nos mostra que foi significativamente superior relativamente ao valor de referência estabelecido no estudo português (Ribeiro et al., 2011; $t = 8,64$; $p < 0,001$).

No SWLS a média alcançada no nosso estudo foi de 17,60 ($DP = 5,78$).

Na *Evocação* do 15-IMT, em comparação com o ponto de corte de referência, verificámos que a diferença não é significativa ($t = 0,862$; $p = 0,176$).

Quadro 2

Diferenças das Pontuações Médias nos Dois Grupos (Centro de Dia = 47, Lar de Idosos = 13) no Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), na Satisfação com a Vida (SWLS) e no Rey-15 Item Teste(15-IMT) (N = 60).

	Total		Centro de Dia		Lar de Idosos		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
GAI	11,20	6,26	11,44	6,03	10,22	7,41	2,36	0,023
SWLS	17,60	5,78	17,22	6,13	19,11	4,01	0,874	0,387
15-IMT Evocação	4,28	3,90	4,35	3,27	4,00	6,36	0,176	0,862
15-IMT Índice Combinado	7,56	7,56	7,50	6,32	7,80	12,72	0,079	0,938

No Quadro 3 apresentamos os resultados obtidos através dos pontos de corte para o GAI e no SWLS. Em relação à amostra total, verificámos que 86,7% dos idosos tinham *poucos sintomas ansiosos* ($n = 39$) em contrapartida com os que têm *muitos sintomas ansiosos* que eram apenas 13,3%. Verificámos que 36 idosos (80%) estavam *insatisfeitos* e 9 idosos (20%) *satisfeitos*. Nesta análise não se verificaram diferenças significativas nos sintomas ansiosos entre as respostas sociais.

Quadro 3

Frequência dos Sintomas Ansiosos e da Satisfação com a Vida nos Idosos Sob Resposta Social (N = 60).

	Centro de Dia		Lar de Idosos		X ²	p
	N	%	N	%		
GAI					0,05	0,828
Poucos sintomas ansiosos	31	86,1	8	88,9		
Muitos Sintomas ansiosos	5	13,9	1	11,1		
SWLS					0,034	0,854
Insatisfeito	29	80,6	7	77,8		
Satisfeito	7	19,4	2	22,2		

Notas: No X² recorremos ao Teste da Probabilidade de Fischer, pois a frequência esperada era inferior a dez

Para a análise à pergunta *se faz exercício físico*, constituímos duas subamostras, para assim vermos a influência do exercício físico sobre as variáveis em estudo (ver Quadro 4). Podemos verificar, o exercício físico e não afectou as nossas variáveis em estudo. Na variável *evocação* do 15-IMT verificámos que existem diferenças significativas ($t = 2,479$; $p = 0,022$), mas no *índice combinado* verifica-se que não existem diferenças significativas ($t = 1,851$; $p = 0,077$).

Quadro 4

Diferenças das Pontuações Médias nos Dois Grupos (Não faz exercício físico = 35, faz exercício físico = 21) no Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), na Satisfação com a Vida (SWLS) e no Rey-15 Item Test (15-IMT).

	Total		Não faz exercício físico		Faz exercício físico		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
GAI	11,20	6,26	12,19	5,94	10,25	6,35	1,003	0,322
SWLS	17,60	5,78	17,96	5,73	16,94	6,20	0,545	0,589
15-IMT Evocação	4,28	3,90	2,86	2,41	6,67	4,95	2,479	0,022
15-IMT Índice Combinado	7,56	7,56	5,29	4,76	10,73	9,65	1,851	0,077

No Quadro 5 apresentamos os resultados obtidos a influência do *exercício físico*, nas proporções de sintomas ansiosos e de ansiedade versus insatisfeitos. Também nesta análise não se verificou a associação entre os sintomas ansiosos e a prática de exercício físico, nem entre a satisfação com a vida e o exercício físico.

Quadro 5

Frequência dos Sintomas Ansiosos e da Satisfação com a Vida nos idosos e a Prática de Exercício Físico (N=60)

	Faz exercício físico		Não Faz exercício físico		X ²	p
	N	%	N	%		
GAI					0,07	0,798
Poucos sintomas ansiosos	14	13,7	22	84,6		
Muitos sintomas ansiosos	2	12,5	4	15,4		
SWLS					0,58	0,446
Insatisfeito	12	75	22	84,6		
Satisfeito	4	25	4	15,4		

Notas: No X² recorremos ao Teste da Probabilidade de Fischer, pois a frequência esperada era inferior a dez

No Quadro 6 apresentamos as correlações de *r* de Pearson entre os *sintomas ansiosos* e a *satisfação com a vida*. Podemos constatar que não existe correlação entre as variáveis ($r = 0,05$; $p = 0,727$).

Quadro 6

Correlações entre Sintomas Ansiosos (GAI) e Satisfação com a Vida (SWLS) (N=60)

	GAI	SWLS
GAI	1	0,727
SWLS	–	1

Discussão e Conclusão

O nosso estudo tinha como finalidade averiguar a relação entre a satisfação com a vida e os sintomas ansiosos, numa população sob resposta social no concelho de Coimbra. Para comparar melhor os nossos resultados dividimos a amostra em duas subamostras: resposta social e prática de exercício físico.

Para medir a satisfação utilizamos a *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS), para avaliar a ansiedade empregámos o *Inventário Geriátrico de Ansiedade* (GAI) e por fim para averiguar a prática de exercício físico recorremos ao *Older Americans Resources and Services Program* (OARS).

O nosso estudo contém uma população maioritariamente feminina. Grande parte dos idosos frequenta centros de dia, possuem uma escolaridade inferior a quatro anos e afirmam não praticar exercício físico.

No que se refere às pontuações dos sintomas ansiosos, a nossa amostra apresenta uma média de 11,20 ($DP = 6,26$), sendo superior à média encontrada no estudo Americano de Byrne, Dissanayaka, Pachana, Mellick, O'Sullivan e outros. (2010) ($M = 5,03 \pm DP = 6,06$), e aos valores de referência portuguesa (Ribeiro et al., 2011). Neste sentido podemos verificar que os idosos sob resposta social, apresentam níveis de ansiedade mais elevados.

O que também é relevante verificar é que tanto no nosso estudo, como no estudo de Ribeiro e outros (2011), a média da ansiedade dos idosos portugueses é superior à média dos idosos nos estudos americanos de Byrne e outros.

Quando comparamos os sintomas ansiosos pelos tipos de resposta social, verifica-se que não há diferenças significativas. Isto contraria o que se verifica no estudo feito por Paúl (1997), em que os idosos que residiam em lares eram os que tinham menos ansiedade.

Por outro lado, o estudo realizado por Oliveira e outros, (2006), no Brasil, anunciou que os idosos que residiam em lares eram os que tinham mais sintomas ansiosos comparativamente com aos que frequentavam centros de dia.

Relativamente à satisfação com a vida não podemos comprar as pontuações médias com um valor de referência pois não existem estudos com idosos em Portugal.

Quando conferimos a relação entre ansiedade e a prática de exercício físico, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas. Apesar de o nosso estudo nos indicar que os idosos que não praticam exercício físico apresentam maiores níveis de ansiedade ($M \pm DP = 12,19 \pm 5,94$), este resultado não é estatisticamente significativo. Não confirmarmos assim, os resultados da investigação de Cheik e colaboradores (2003), que tinham mostrado que os níveis de ansiedade podiam ser reduzidos com a prática de exercício físico. Faltou-nos saber, no nosso estudo, de forma inequívoca o tipo de exercício praticado e a sua regularidade.

Contudo ao compararmos a satisfação com a vida entre as respostas sociais, podemos verificar que os idosos se sentem muito insatisfeitos, quer residam em lares quer frequentem centros de dia. O que se vem a comprovar no estudo feito por Paúl, Fonseca e outros, (2005), onde 58% dos idosos classificam a sua satisfação com a vida como “insatisfeitos” / “Muito insatisfeitos”.

Contrariamente os estudos de Paúl em 1997 demonstraram que os idosos que frequentam centros de dia são os que têm uma maior satisfação com a vida.

Na nossa amostra também não verificámos diferenças estatisticamente significativas quando comparamos a prática de exercício físico aliada a uma maior satisfação com a vida. Este achado contraria também a literatura revista, pois os idosos que praticavam exercício físico eram os que tinham uma maior satisfação com a vida (Oliveira et al. 2006; Oliveira, 2008).

A satisfação com a vida também não apresenta relação significativa com os sintomas ansiosos. O que contraria os estudos de Oliveira e outros (2006) e os de Okura, Plassman, Steffens, Llewellyn, Potter, & Langa, (2011), em que os idosos que sentem mais ansiedade são os que apresentam menor satisfação com a vida.

Os idosos quando entram em lares, podem sofrer ou desanimar, com a perda sua casa e/ou independência (Meléndez, Tomás, Oliver, & Navarro, 2009). A institucionalização, poder ter como consequência o comprometimento cognitivo,

visto que os idosos deixam de realizar as suas actividades de vida diária podendo assim, apresentar níveis de ansiedade mais elevados (Okura, et al., 2011).

É possível que os resultados obtidos no nosso estudo, se devam à influência cultural e/ou ao género. Estes factores podem influenciar o envelhecimento activo, comprometendo os comportamentos face à saúde e à doença. Culturalmente associa-se o envelhecimento a múltiplas doenças, não dando tanta importância aos cuidados de saúde desta faixa etária (Ministério da Saúde, 2004).

Se o idoso mantiver uma vida saudável, activa, com actividades/ocupações ajuda-o a ter uma boa satisfação com a vida (Eklund, Backstrom, Lissner, Bjorkelund, & Sonn, 2010; Meléndez, et al., 2009).

Os idosos estão susceptíveis a múltiplas doenças próprias da idade, podendo estas surgir em simultâneo. As doenças podem aumentar a ansiedade do idoso, previsivelmente, reduzir a satisfação com a vida (Okura, et al., 2011).

O facto de a nossa amostra ser constituída maioritariamente por mulheres, pode ter influenciado os resultados obtidos. Num estudo feito por La Grow, (2010), as mulheres com problemas visuais, tinham dificuldades em realizar as actividades diárias, proporcionando um maior isolamento social. Uma saúde deficitária afecta igualmente a situação económica e consequentemente, a satisfação com a vida.

As mulheres experienciam níveis de ansiedade mais elevados que os homens da mesma idade. A presença de sintomas ansiosos afecta negativamente a sua satisfação com a vida. Elas gozam de uma maior satisfação com a vida familiar. Todavia, este facto tende a diminuir com o avançar da idade, porque sentem que têm maior probabilidade de ficarem sós. (Daig, Herschbach, Lehmann, Knoll, & Decker, 2009).

Os idosos da nossa amostra apresentaram alguns problemas físicos, tais como a surdez, compreensão reduzida e uma baixa escolarização o que pode ter influenciado a resposta aos instrumentos utilizados, apesar de estarem validados para serem aplicados mesmo a indivíduos de baixa escolaridade.

Os estudos feitos por Bjelland, Krokstad, Mykletun, Dahl, Tell e outros (2008) mostraram que os indivíduos com um baixo nível de escolaridade apresentam maior

grau de ansiedade. Segundo Meléndez e seus colaboradores (2009), a baixa escolaridade está associada a níveis de satisfação mais baixos.

O facto dos nossos resultados não irem de encontro a outros estudos efectuados na mesma área, pode dever-se aos poucos idosos entrevistados em Lares. Por outro lado, o facto de as instituições portuguesas não lhes proporcionarem actividades de lazer/lúdicas, existe uma menor probabilidade de se sentirem satisfeitos e menos ansiosos. Apesar dos nossos resultados apontarem para idosos com poucos sintomas ansiosos podemos verificar que, relativamente a outros estudos eles têm níveis de ansiedade bastante elevados.

Podemos concluir que existem poucos estudos sobre idosos nesta área, o que dificulta a nossa investigação. Todavia, através do nosso estudo, podemos verificar o que podemos melhorar para proporcionar bem-estar aos nossos idosos (Paúl et al., 2003).

Cabe-nos a nós enquanto profissionais de saúde, promover bem-estar, actividades de lazer, cuidados médicos, psicológicos e sociais, de forma a promover o desenvolvimento de ambientes estimulantes (Ministério da Saúde, 2004).

O nosso estudo apresenta algumas limitações. O facto das nossas subamostras serem pequenas e heterogénias, os idosos serem maioritariamente mulheres e existirem mais indivíduos a frequentar centros de dia, não nos proporciona resultados muito consistentes. Seria crucial uma amostra maior e mais homogénia. Porém, esperamos que esta investigação contribua para o desenvolvimento de futuros estudos.

Referências Bibliográficas

Abrahão, & Grinberg, B. (1994). *A arte de envelhecer com sabedoria*. São Paulo: Livraria Nobel.

Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.

Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine* (1982), 66(6), 1334-1345. doi:10.1016/j.socscimed.2007.12.019

Boone, K.B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey-15-Item recognition trial: a technique to enhance sensitivity of the Rey-15 item memorization test. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(5), 561-573.

Byrne, S., Dissanayaka, N., Pachana, N., Mellick, G., O'Sullivan, J., Silburn, P., Marsh, R. (2010). Research: Validity and reliability of the Geriatric Anxiety Inventory in Parkinson's disease. *Australasian Journal on Ageing*, 487(1), 1-4.

Cheik, N. C., Reis, I. T., Ventura, M. d., Tufik, S., Antunes, H. K., & Mello, M. T. (2003). Efeitos do exercício físico e da actividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 11(2), 45-52.

Daig, I., Herschbach, P., Lehmann, A., Knoll, N., & Decker, O. (2009). Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: a general population survey from Germany. *Quality Life Research*, 18, 669-678.

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale, *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Efklides, A. K. (2003). Subjective Quality of Life in Old Age in Greece. *European Psychologist*, 8(3), 178-191.

Eklund, M., Backstrom, M., Lissner, L., Bjorkelund, C., & Sonn, U. (2010). Daily activities mediate the relationship between personality and quality of life in middle-aged women. *Quality Life Research*, 19, 1477-1486. doi:10.1007/s11136-010-9711-8.

Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 428-434.

Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade católica.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Sociedade Brasileira de Psicologia*, 12(1), 43- 50.

Haggstram, L. M. (2003). Ansiedade no idoso. Em N. L. Terra (Eds). *Entendendo as queixas do idoso* (pp. 181-195). Porto Alegre: Programa geron pucrs brasil.

Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.

Júnior, R. C., & Tavares, M. D. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 147-158.

La Grow, S., Alpass, F., Stephens, C., & Towers, A. (2010). Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Quality Life Research*, 19, 1477-1486. doi:10.1007/s11136-010-9758-6.

Martin, J. A. (2002). *Qualitative scoring of the Rey15-Item memory test in a forensic population*. Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.

Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS: primeiros passos*. Lisboa: Escolar.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 291-295.

Ministério da Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde da pessoas idosas*. Destaque de 02 de Julho de 2004. Acedido em 10, Maio, 2011, em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Okura, T., Plassman, B. L., Steffens, D. C., Llewellyn, D. J., Potter, G. G., & Langa, K. M. (2011). Neuropsychiatric symptoms and the risk of institutionalization and death: the aging, demographics, and memory study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 473-481. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03314.x

Oliveira, A. (2008). *Estudo exploratório sobre relação entre orientação de papéis de género, satisfação de vida e locus de controlo de saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de Lisboa.

Oliveira, K. L., Santos, A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em estudo*, 11(2), 351-359.

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatric Association*, 19(1), 103-114.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European psychologist*, 8(3), 160-167.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-99). Lisboa: Climepsi.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Press Universitaires de France.

Ribeiro, O., Paul, C., Simões, M., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 1-7. doi:10.1080/13607863.2011.562177.

Rodrigues, R. M. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(2), 109-115.

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 503-515.

Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M.S., Gaspar, ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1, XXVIII, 209-226

Terra, N. L., Silva, R., & Schimidt, O. F. (2007). *Tópicos em geriatria II*. Porto Alegre: Edipucrs.

Tooth, L., Russell, A., Lucke, J., Byrne, G., Lee, C., Wilson, A., et al. (2008). Impact of cognitive and physical impairment on carer burden. *Quality of Life Research*, 17, 267–273.

Westaway, M. S., Olorunju, S. A., & Rai, L.-C. J. (2007). Which personal quality of life domains affect the happiness of older South Africans? *Quality of Life Research*, 16, 1425–1438.